

# L'INSOMNIE CHRONIQUE: Prise en charge

**Dr Loïc FLORION**

**Psychiatre**

**Médecin du Sommeil**

Centre de Médecine et de Recherche sur le Sommeil, Service de  
Neurologie

**CHRU Nancy**

**CPN Laxou**



Association des Pharmaciens Hospitaliers  
d'Alsace et de Lorraine

Association loi 1901

N° d'agrément : 415 400 370 54

Numéro de SIRET : 445-396-112-00010



# L'insomnie chronique

---

Journal of  
Sleep  
Research



REVIEW ARTICLE | [Open Access](#) |

## The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann Colin A. Espie, Ellemarije Altena, Erna Sif Arnardottir, Chiara Baglioni, Claudio L. A. Bassetti, Celyne Bastien, Natalija Berzina, Bjørn Bjorvatn ... [See all authors](#)

First published: 28 November 2023 | <https://doi.org/10.1111/jsr.14035> | Citations: 2

- **Difficulté à l'initiation**
  - **OU au maintien du sommeil, réveil matinal précoce**
    - **OU sommeil non réparateur**
  - **Depuis au moins 3 mois et au moins trois nuits par semaine**
- **EN DEPIT D'OPPORTUNITES SUFFISANTES POUR DORMIR et de bonnes conditions de coucher**
  - **AU MOINS UNE REPERCUSSION DIURNE ASSOCIEE:**
    - **Fatigue, malaise**
    - **Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire**
      - **Dysfonction sociale/ Performance scolaire**
        - **Trouble d'humeur / irritabilité**
        - **Somnolence diurne etc.**
    - **chez l'enfant: hyperactivité motrice, instabilité motrice**

- **Insomnie sans pathologie associée:**

- Insomnie dite « psychophysiologique », ou primaire

- La plus fréquente

- Evènement précipitant transitoire

- Chronicisation sans pathologie sous jacente

- Insomnie paradoxale: mauvaise perception du sommeil, discordance sommeil effectif et ressenti

- ***Insomnie avec pathologie associée:***

- *Pathologie chronique (syndrome douloureux, maladies inflammatoires...)*

- *Causes médicamenteuses*

- *Pathologies du sommeil (syndrome des jambes sans repos, apnée du sommeil)*

- *Troubles anxieux*

- *Épisodes dépressifs*

# MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

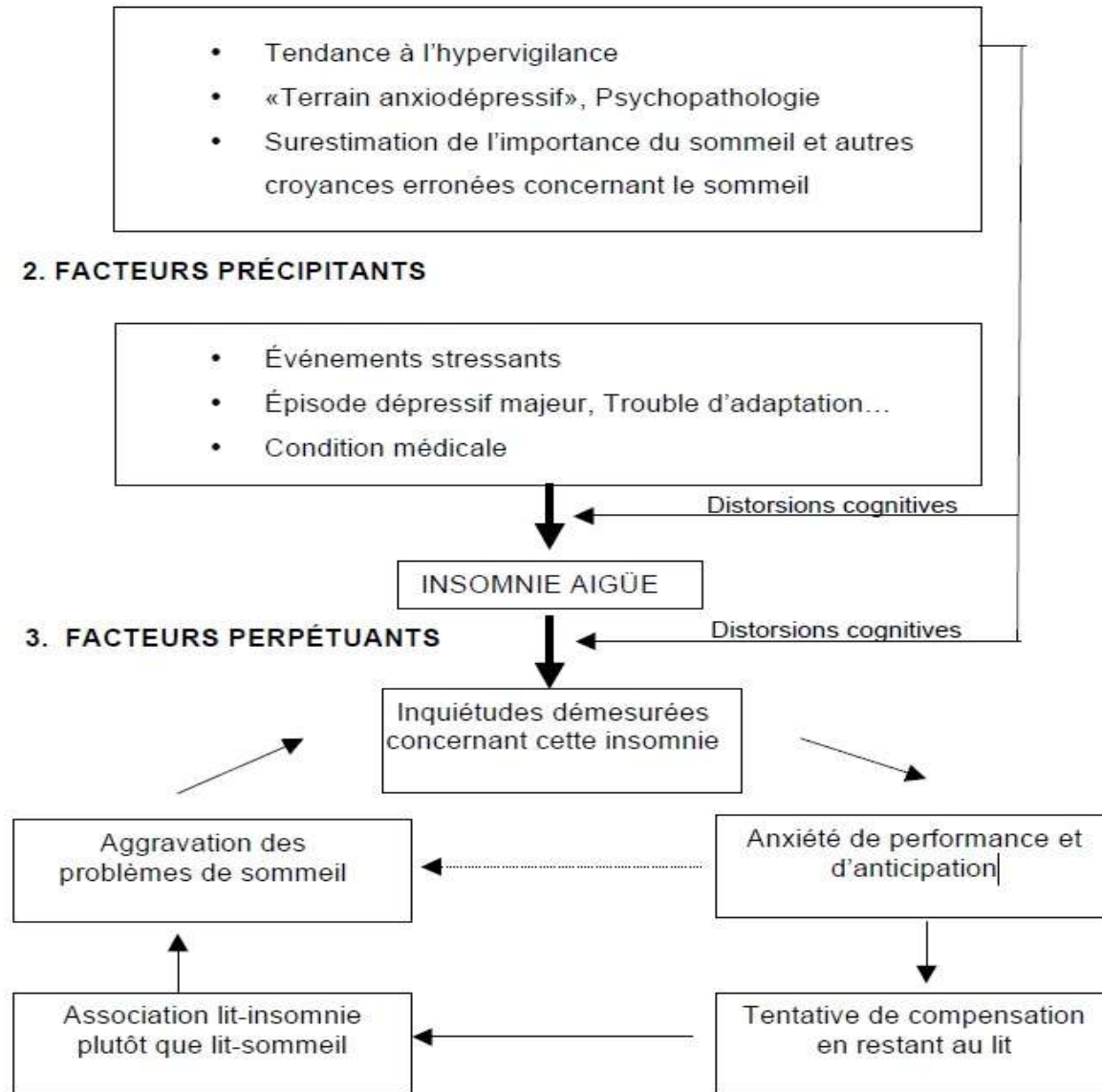
## 1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Tendance à l'hypervigilance
- «Terrain anxiodépressif», Psychopathologie
- Surestimation de l'importance du sommeil et autres croyances erronées concernant le sommeil

## 2. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Événements stressants
- Épisode dépressif majeur, Trouble d'adaptation...
- Condition médicale

## 3. FACTEURS PERPÉTUANTS



# Place de la polysomnographie

---

- **Pas d'indication à une PSG systématique (HAS, 2012)**
- ***Diagnostic clinique, agenda de sommeil, échelles***
- Indications dans l'insomnie chronique:
  - sévérité+, retentissement diurne important (sommolence)
  - échec thérapeutique
  - suspicion d'une comorbidité du sommeil (SAOS, SJSR...)
- La polygraphie respiratoire n'est pas indiquée

# The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann<sup>1,2</sup> | Colin A. Espie<sup>3</sup> | Ellemarije Altena<sup>4</sup> |  
Erna Sif Arnardottir<sup>5,6</sup> | Chiara Baglioni<sup>7</sup> | Claudio L. A. Bassetti<sup>8</sup> |  
Celyne Bastien<sup>9</sup> | Natalija Berzina<sup>10</sup> | Bjørn Bjorvatn<sup>11</sup> | Dimitris Dikeos<sup>12</sup> |  
Leja Dolenc Groselj<sup>13</sup> | Jason G. Ellis<sup>14</sup> | Diego Garcia-Borreguero<sup>15</sup> |  
Pierre A. Geoffroy<sup>16</sup> | Michaela Gjerstad<sup>17</sup> | Marta Gonçalves<sup>18</sup> |  
Elisabeth Hertenstein<sup>19</sup> | Kerstin Hoedlmoser<sup>20</sup> | Tuulikki Hion<sup>21</sup> |  
Brigitte Holzinger<sup>22</sup> | Karolina Janku<sup>23</sup> | Markus Jansson-Fröjmark<sup>24,25</sup> |  
Heili Järnefelt<sup>26</sup> | Susanna Jernelöv<sup>24,25</sup> | Poul Jørgen Jennum<sup>27</sup> |  
Samson Khachatryan<sup>28</sup> | Lukas Krone<sup>3,8,19</sup> | Simon D. Kyle<sup>3</sup> |  
Jaap Lancee<sup>29</sup> | Damien Leger<sup>30</sup> | Adrian Lupusor<sup>31</sup> |  
Daniel Rulvo Marques<sup>32,33</sup> | Christoph Nissen<sup>34</sup> | Laura Palagini<sup>35</sup> |  
Tiina Paunio<sup>36</sup> | Lampros Perogamvros<sup>34</sup> | Dirk Pevernagie<sup>37</sup> |  
Manuel Schabus<sup>38</sup> | Tamar Shochat<sup>39</sup> | Andras Szentkiralyi<sup>39</sup> |  
Eus Van Someren<sup>40,41</sup> | Annemieke van Straten<sup>42</sup> | Adam Wichniak<sup>43</sup> |  
Johan Verbraecken<sup>44</sup> | Kai Spiegelhalder<sup>1</sup>

- Première intention: Hygiène du sommeil et des rythmes
- Deuxième intention: TCC-i bien conduite
- **Troisième intention**  
Prescription possible

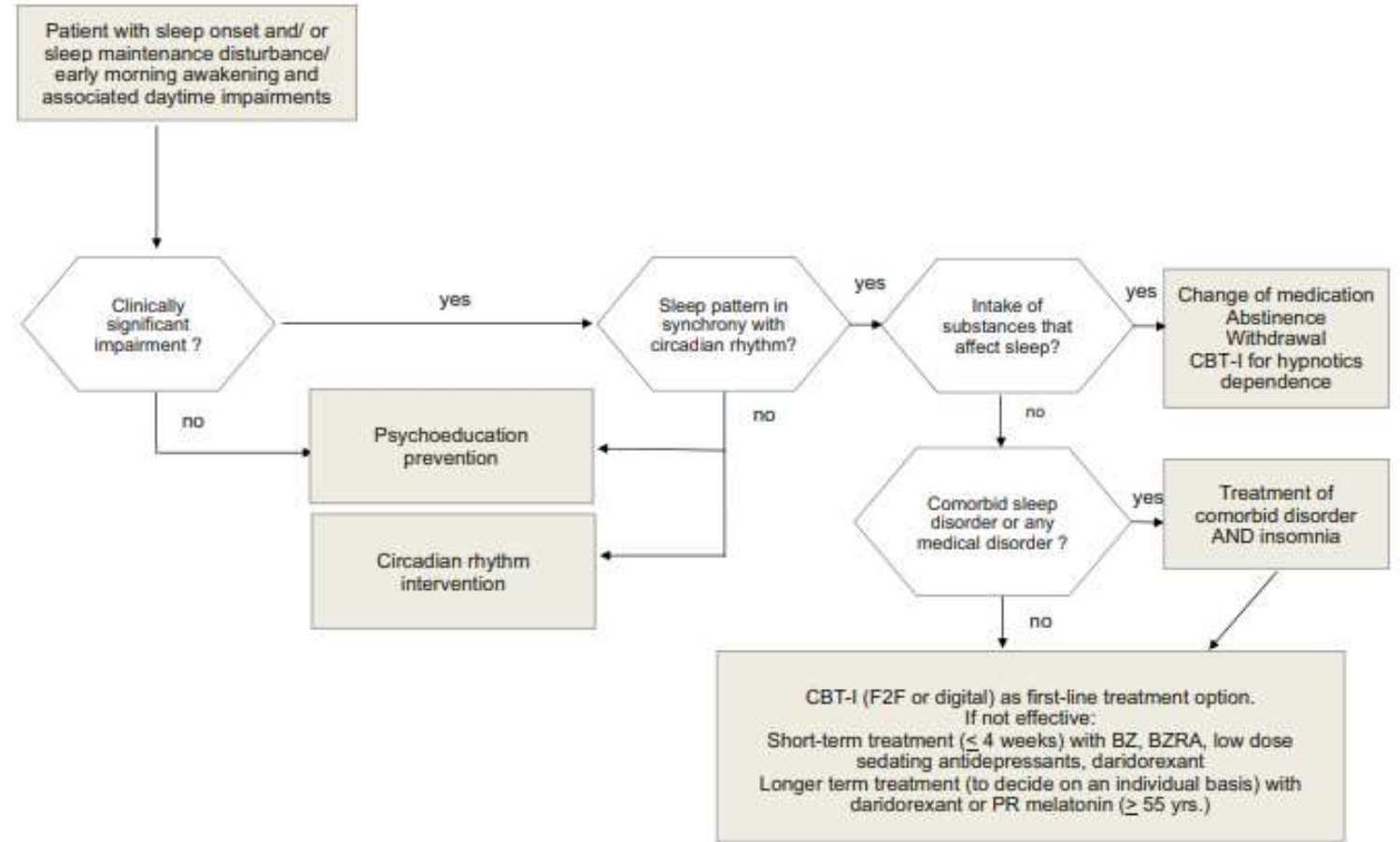


FIGURE 1 Clinical algorithm. [Color figure can be viewed at [wileyonlinelibrary.com](https://onlinelibrary.wiley.com)]

# PEC médicamenteuse

---

- **Traitements par hypnotiques (Z drugs): (HAS, 2007)**
  - **Uniquement insomnie de court terme (1 mois maximum)**
  - Efficace seulement dans l'insomnie d'endormissement
  - **Annoncer la fin du traitement lors de la prescription, faire suivre la consigne au médecin traitant++++**
  - Privilégier demi-vies courtes (Lormétazepam, Zopiclone, Zolpidem)
  - **Pas d'efficacité dans l'insomnie chronique**
  - **Iatrogénie (dépendance+++, détérioration cognitive du sujet âgé)**
  - **Mésusage**



# PEC médicamenteuse (2)

---

- Benzodiazépines: A EVITER

- Augmentation des rythmes EEG rapides (N2, + de fuseaux)*

- Diminution du N3*

- Mésusage, dépendance, risques sur la vigilance avec ½ vies longues*

- Seules exceptions : prises diurnes si syndrome anxieux/dépressif, Rivotril à faible dose dans le TCSP, les formes sévères de somnambulisme.

- Antipsychotiques de première génération sédatifs (Tercian, Loxapac)

- situations **d'insomnie aigue**, contexte de trouble psychiatrique

- Peu de modification de l'architecture du sommeil, **prise transitoire**

# PEC médicamenteuse (3)

## Les Antidépresseurs

\**ISRS, IRSNA*

- Effet inhibiteur du SP
- Peu d'effet sur le SL
- éviter IRSNA éveillant: Venlafaxine

\*Tricycliques

- Effet sédatif du Laroxyl®,
- légère augmentation du SL, Idem inhibe le SP

**\*Antagonistes alpha-2: Miansérine, Mirtazapine (AD «atypiques»)**

- Effet comparable sur la sérotonine, inhibition récepteurs 5HT2A: majoration transmission dopaminergique,
- Action aussi sur récepteurs histaminiques: effet sédatif
- Inducteur sommeil, augmentation SL (mirtazapine++), faible inhibition voir pas d'effet sur le SP
- **FAIBLE POSOLOGIE: MIANSERINE 10mg, Mirtazapine 15mg**

# Intérêt de mesures chronothérapeutiques

- Resynchronisation des rythmes veille/sommeil sur 2-3 mois

- Hygiène de sommeil

- Luminothérapie matinale (10 000 lux , 30 min, à 1m de distance)

- Mélatonine:

- \*Difficultés d'endormissement: jusqu'à 6 à 10mg à libération immédiate en  
préparation magistrale

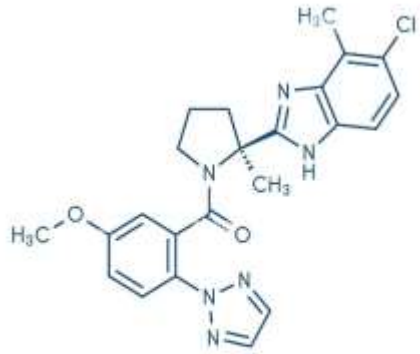
- \*Réveils nocturnes: CIRCADIN LP 2 mg

- Dans l'insomnie du sujet âgé: AMM du CIRCADIN LP 2mg

# Focus Daridorexant

AMM 2023

Mise sur le marché mars 2024



daridorexant





Daridorexant: double antagoniste des récepteurs à orexine (DORA)

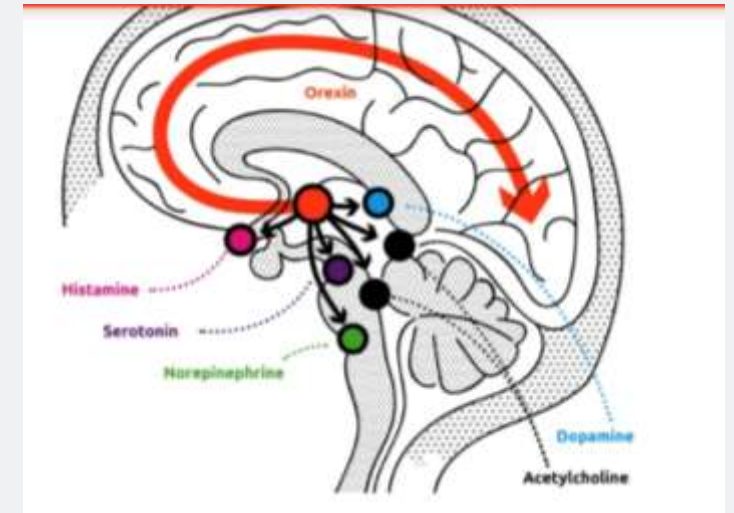
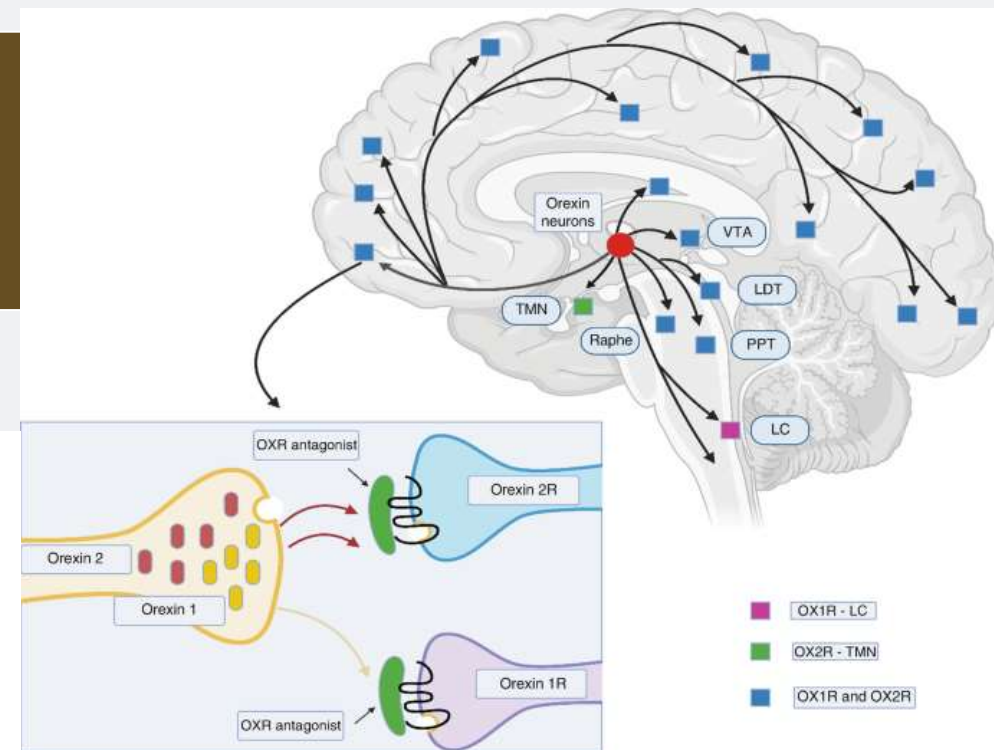


- Pas d'induction de sommeil GABAergique en inhibant largement l'activité cérébrale (hypnotiques connus: Benzodiazépines, Z- drugs)
- Blocage sélectif des récepteurs de l'orexine (« anti éveil »).
- Seule molécule de cette classe en France

Aux USA/Canada++, Japon, autres molécules disponibles (Suvorexant, Filorexant, Lemborexant, parfois antagoniste uniquement ORX2R Seltorexant

# Le système à orexine (=hypocrétine)

- Deux isophormes, Orexine A et B synthétisées par les neurones situés dans l'hypothalamus latéral et dorsal qui se lient à des récepteurs couplée aux protéines G **OX1R** et **OX2R**.
- Modulation du cycle veille sommeil, contribution au maintien de l'éveil. L'orexine projette sur les systèmes monoaminergiques et la voie de l'histamine avec régulation de l'état d'éveil favorisant la synchronisation circadienne.
- Autres fonctions: régulation thymique, du stress, circuit de la récompense, alimentation et cognition
- Principale cible connue en physiopathologie : la Narcolepsie-cataplexie de type I (agonistes à orexine en cours d'étude)
- Piste thérapeutique récente dans l'insomnie chronique



# Indication

Insomnie chronique (critères ICSD-3), invalidante avec retentissement diurne important

- ✓ Critères cliniques peu restrictifs
- ✓ Prescription ouverte à tout médecin



...en suivant les recommandations (?)



REVIEW ARTICLE | Open Access |

## The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann Colin A. Espie, Ellemarije Altena, Erna Sif Arnardottir, Chiara Baglioni, Claudio L. A. Bassetti, Celyne Bastien, Natalija Berzina, Bjørn Bjorvatn ... [See all authors](#) ▾

First published: 28 November 2023 | <https://doi.org/10.1111/jsr.14035> | Citations: 2

### AVIS SUR LES MÉDICAMENTS

daridorexant

**QUVIVIQ 25 mg et 50 mg,**

Comprimé pelliculé

Première évaluation

Adopté par la Commission de la transparence le 24 mai 2023

- Insomnie chronique
- Adulte
- Secteurs : Ville et Hôpital

### Synthèse de l'avis

**Avis favorable au remboursement « chez l'adulte pour le traitement de l'insomnie caractérisée par des symptômes présents depuis au moins 3 mois et avec un impact significatif sur le fonctionnement pendant la journée »**

#### Place dans la stratégie thérapeutique

QUVIVIQ (daridorexant) 25 mg et 50 mg, comprimé pelliculé, est un traitement de seconde intention chez l'adulte, dans le traitement de l'insomnie caractérisée par des symptômes présents depuis au moins 3 mois et avec un impact significatif sur le fonctionnement pendant la journée.

La Commission rappelle qu'en cas d'échec des mesures d'hygiène du sommeil, le recours aux prises en charge non médicamenteuses telles que les thérapies cognitivo-comportementales est à favoriser avant toute instauration d'un traitement médicamenteux indiqué dans l'insomnie chronique.

#### Service médical rendu (SMR)

**MODERE**

#### Intérêt de santé publique (ISP)

Ces spécialités ne sont pas susceptibles d'avoir un impact supplémentaire sur la santé publique.

#### Amélioration du Service médical rendu (ASMR)

**ASMR mineure (ASMR IV) dans la prise en charge.**

Compte-tenu :

- de la démonstration d'une supériorité *versus* placebo après 12 semaines de traitement du daridorexant 25 mg (N=2 études) et du daridorexant 50 mg (N=1 étude), avec une faible quantité d'effet sur :
  - les paramètres du sommeil objectifs, de l'ordre de -5 à -25 minutes *versus* placebo selon les doses, sur le temps d'éveil intra-sommeil (-10,3 à



# The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023

Dieter Riemann<sup>1,2</sup> | Colin A. Espie<sup>3</sup> | Ellemarije Altena<sup>4</sup> |  
Erna Sif Arnardottir<sup>5,6</sup> | Chiara Baglioni<sup>7</sup> | Claudio L. A. Bassetti<sup>8</sup> |  
Celyne Bastien<sup>9</sup> | Natalija Berzina<sup>10</sup> | Bjørn Bjorvatn<sup>11</sup> | Dimitris Dikeos<sup>12</sup> |  
Leja Dolenc Groselj<sup>13</sup> | Jason G. Ellis<sup>14</sup> | Diego Garcia-Borreguero<sup>15</sup> |  
Pierre A. Geoffroy<sup>16</sup> | Michaela Gjerstad<sup>17</sup> | Marta Gonçalves<sup>18</sup> |  
Elisabeth Hertenstein<sup>19</sup> | Kerstin Hoedlmoser<sup>20</sup> | Tuulikki Hion<sup>21</sup> |  
Brigitte Holzinger<sup>22</sup> | Karolina Janku<sup>23</sup> | Markus Jansson-Fröjmark<sup>24,25</sup> |  
Heili Järnefelt<sup>26</sup> | Susanna Jernelöv<sup>24,25</sup> | Poul Jørgen Jennum<sup>27</sup> |  
Samson Khachatryan<sup>28</sup> | Lukas Krone<sup>3,8,19</sup> | Simon D. Kyle<sup>3</sup> |  
Jaap Lancee<sup>29</sup> | Damien Leger<sup>30</sup> | Adrian Lupusor<sup>31</sup> |  
Daniel Rulvo Marques<sup>32,33</sup> | Christoph Nissen<sup>34</sup> | Laura Palagini<sup>35</sup> |  
Tiina Paunio<sup>36</sup> | Lampros Perogamvros<sup>34</sup> | Dirk Pevernagie<sup>37</sup> |  
Manuel Schabus<sup>38</sup> | Tamar Shochat<sup>39</sup> | Andras Szentkiralyi<sup>39</sup> |  
Eus Van Someren<sup>40,41</sup> | Annemieke van Straten<sup>42</sup> | Adam Wichniak<sup>43</sup> |  
Johan Verbraecken<sup>44</sup> | Kai Spiegelhalder<sup>1</sup>

- Première intention: Hygiène du sommeil et des rythmes
- Deuxième intention: TCC-i bien conduite
- **Troisième intention**  
Prescription possible

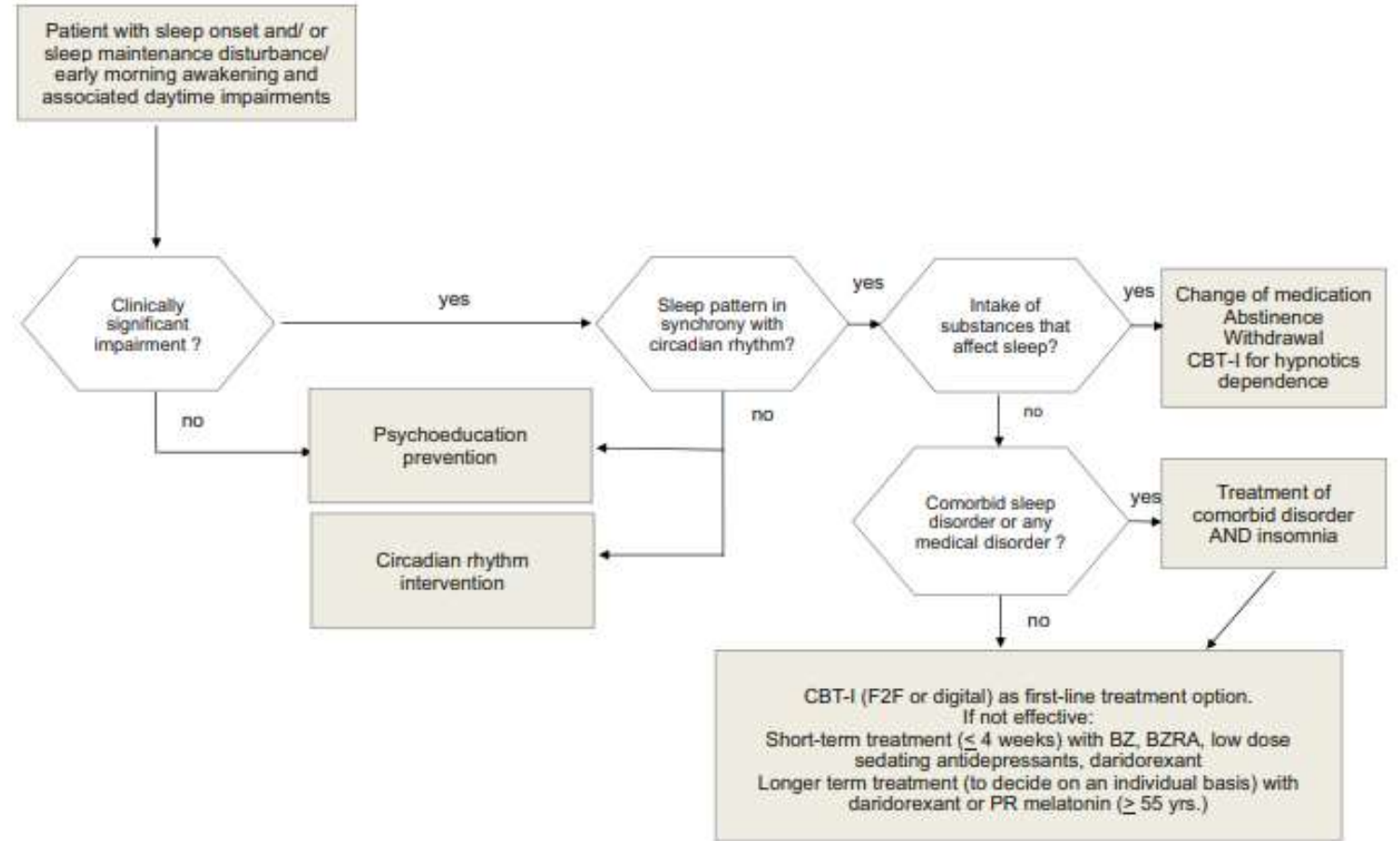


FIGURE 1 Clinical algorithm. [Color figure can be viewed at [wileyonlinelibrary.com](https://onlinelibrary.wiley.com)]



**Les PEC non  
médicamenteuses**

L'hygiène du  
sommeil

Les  
psychothérapies  
du sommeil

## L'hygiène du sommeil

---

-Concerne tous les patients

---

-Evaluation initiale d'une plainte de

---

sommeil.  
-Motivation au changement

# Evaluation initiale des habitudes de sommeil

## Consultation spécifique:

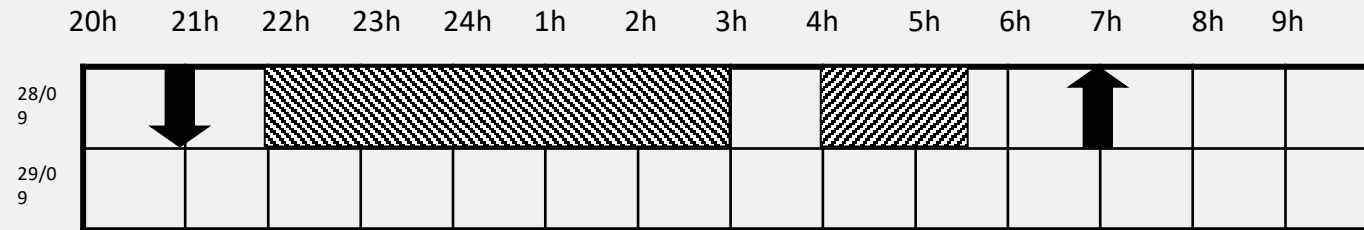
- Heures de coucher/lever
- LE, éveils nocturnes, comportements si éveillé
- Heure des repas
- Activité professionnelle/travail posté?
- Activité physique, exposition lumière
- Evaluer le chronotype, questionnaires du sommeil





# L'agenda du sommeil

---



## **Conseils :**

- à remplir le matin
- noter toute prise de médicament, alcool, sport...



Avec actimétrie ?

# Erreurs classiques générant des phases d'insomnie

---



Horaires coucher/lever irréguliers



Siestes prolongées, lever tardif (pour « récupérer »)



Inactivité/clinophilie, manque d'activité ou de lumière



Télévision dans la chambre



Consommation massive d'écrans le soir (téléphone, tablette, ordinateur, réseaux sociaux...)



Température de la chambre trop élevée



Repas trop riches, grignotages, alcool

# Pour les patients souffrant de troubles psychiatriques

---

Erreurs  
d'hygiène plus  
fréquentes

Mésusage de  
psychotropes ou  
traitement déjà  
conséquent

Changement  
des habitudes  
plus difficile à  
travailler

Alliance  
thérapeutique  
essentielle++

Attentes parfois  
(encore plus)  
irréalistes

# Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleep».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom : .....	Nom : .....	Date de naissance:.....
Date du test : .....	Ronflement? .....	oui ..... Non.....

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

**Même si vous ne vous êtes pas trouvé réveillé(e) dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.**

notez 0 : si **c'est exclu**. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance,  
notez 1 : si **ce n'est pas impossible**. «Il y a un petit risque»: faible chance,  
notez 2 : si **c'est probable**. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance moyenne,  
notez 3 : si **c'est systématique**. «Je somnolerais à chaque fois»: forte chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document ..... 0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma ..... 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...). ..... 0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) ..... 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent ..... 0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool ..... 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage ..... 0 1 2 3

Total ( de 0 à 24) :

- En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.
- De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.
- Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

## Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Pour chacune des questions, veuillez encrer le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAIT (E)/INSATISFAIT (E) de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil PERTURBENT votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/**préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

### Échelle de correction/interprétation :

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = \_\_\_\_\_

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = **Absence d'insomnie**

8-14 = Insomnie sub-clinique (**légère**)

15-21 = Insomnie clinique (**modérée**)

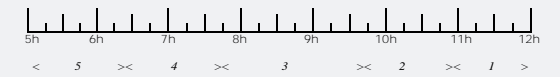
22-28 = Insomnie clinique (**sévère**)

## ÊTES-VOUS COUCHE-TÔT OU COUCHE-TARD ? Questionnaire de typologie circadienne de Horne et Ostberg

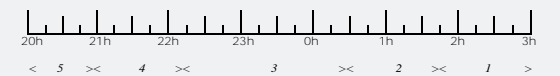
Instructions :

- Lisez attentivement chaque question avant d'y répondre.
- Répondez à toutes les questions.
- Répondez aux questions dans l'ordre.
- Vous pouvez répondre aux questions les unes indépendamment des autres. Ne revenez pas en arrière pour vérifier votre réponse.
- Pour les questions à choix multiples, mettez une croix devant une seule réponse. Pour les échelles, placez une croix au point approprié.
- Répondez à chaque question aussi sincèrement que possible. Vos réponses et les résultats de ce questionnaire resteront confidentiels.
- Faites les commentaires que vous jugerez nécessaires dans la partie prévue sous chaque question.

Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous leveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ?



Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous mettriez-vous au lit étant entièrement libre d'organiser votre journée ?



Si vous deviez vous lever à une heure précise, le réveil vous est-il indispensable ?

- pas du tout  4
- peu  3
- assez  2
- beaucoup  1

Dans des conditions adéquates (environnement favorable, sans contraintes particulières, etc.), à quel point cela vous est-il facile de vous lever le matin ?

- pas facile du tout  1
- pas très facile  2
- assez facile  3
- très facile  4

Réseau Morphée

+ échelles Pichot, Pittsburgh, évaluation d'un SJSR...



# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE



POLE NEURO TETE ET COU

SERVICE DE NEUROLOGIE

Centre de Médecine et de Recherche sur le Sommeil

Chefs de Service :  
Pr François CHABOT  
(Département Pneumologie)  
Pr Marc DEBOUVERIE  
(Service de Neurologie)

Pneumologues :

Pr Ari CHAOUAT  
a.chaouat@chru-nancy.fr  
Dr Laure-Aléa ESSARI  
L.ESSARI@chru-nancy.fr  
Dr Emmanuel GOMEZ  
e.gomez@chru-nancy.fr  
Dr Julien SOLER  
j.soler@chru-nancy.fr

Neurologues :

Dr Olivier ARON  
o.aron@chru-nancy.fr  
Dr Nicolas CARPENTIER  
n.carpentier@chru-nancy.fr  
Dr Mickael FERRAND  
m.ferrand@chru-nancy.fr  
Dr Jean-Luc SCHAFF  
jl.schaff@chru-nancy.fr

Psychiatre :

Dr Loïc FLORION  
l.florion@chru-nancy.fr

Cadre de Santé :

Amélie HOCHU  
a.hochu@chru-nancy.fr

Equipe Soignante :  
Sophie BONNE  
Fabrice CHARLES  
Lauriane DESSAUX  
Nathalie GERSET  
Manon GONTIER  
Patricia KLEITZ  
Sophie KOWALCZYK  
Séverine LUSPOT  
Véronique MARTIN  
Viviane NOUGAREDE  
Aude PILLOT  
Viviane SELLIER  
Coraline STEGEMANN  
Lucia THONNEY

Prises RDV de consultation

(secrétariat) :

Tél :03 83 85 23 77

Programmation d'examens du sommeil (équipe OPP) :

Tél :03 83 85 19 09

ide.parcours.neurosciences@chru-nancy.fr

Hospitalisation (Neurologie 3<sup>ème</sup> secteur A)

Tél :03 83 85 25 19

## HYGIENE DU SOMMEIL

- Alimentation :
  - Privilégier les sucres lents au dîner, éviter un repas trop riche le soir
- Activité physique :
  - Favoriser une activité physique régulière, et MATINALE
  - Privilégier des activités calmes LE SOIR, éviter le sport après 19h
- Environnement de sommeil et conditions d'endormissement :
  - Rechercher une atmosphère calme, silencieuse, dans le noir, au frais (18-19°C)
  - **LIMITER LES ECRANS LE SOIR** (smartphone et tablette++) : couper au moins 1H avant le coucher
  - Le port de lunettes avec filtre anti-lumière bleue le soir peut également être utile
- Rechercher l'exposition matinale à la lumière, +/- photothérapie matinale**
- Maintenir des horaires de coucher et de lever REGULIERS**
- Eviter les siestes prolongées de plus de 20-30 min
- Concernant les psychotropes et stimulants :
  - Eviter la caféine 4 à 6 h avant le coucher
  - Eviter la nicotine 1h avant le coucher ou lors d'éveils nocturnes
  - Eviter la consommation d'alcool le soir
  - Ne pas démarrer un traitement hypnotique/anxiolytique sans avis médical

# Les psychothérapies du sommeil

## Indications:

Insomnie psychophysiologique

Insomnie résiduelle liée à un trouble  
du sommeil traité

Insomnie liée à un trouble  
psychiatrique traité



# Modalités de prise en charge

Thérapie comportementale et  
cognitive de l'insomnie +++  
(**TCCi**)

*RIM (re-scénarisation par imagerie mentale):  
cauchemars*

*EMDR : cauchemars avec ESPT*

*Hypnose (insomnie, cauchemars)*

# Thérapie comportementale et cognitive



**Attentes du patient:** croyances, besoins physiologiques, contraintes socio-professionnelles; repérer des attentes erronées

**Repérer des comportements inadaptés**

**Education au sommeil,** apprentissage des mécanismes

**Travail comportemental** dans un premier temps

**Travail cognitif:** restructuration de pensées dysfonctionnelles



# Traitement de l'insomnie

- PLUS HAUT NIVEAU DE PREUVE , FORTE RECOMMANDATION :  
**TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE.**

## LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ADAPTÉES À L'INSOMNIE OU TCC-I

PSYCHO-ÉDUCATION

THÉRAPIE COGNITIVE

TECHNIQUE DE RELAXATION

**CONTRÔLE DU STIMULUS** (BOOTSIN, 1972)

**RESTRICTION DE SOMMEIL** (SPIELMAN, 1987)

EN INDIVIDUEL OU EN GROUPE

EN 4 À 8 SESSIONS.

DES PROGRAMMES PLUS COURTS, PARFOIS PAR TÉLÉPHONE VOIRE ONE SHOT...(BUYASSE, 2011 ; ELIS, 2015) : NIVEAU DE PREUVE ENCORE INSUFFISANT.

Riemann D, 2009

A. Brion, I. Poirot, DIU Sommeil 2018-2019

*J Sleep Res.* (2017) 26, 675–700

European insomnia guideline

## European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia

DIETER RIEMANN<sup>1</sup>, CHIARA BAGLIONI<sup>1</sup>, CLAUDIO BASSETTI<sup>2</sup>, BJØRN BJØRVATN<sup>3</sup>, LEJA DOLENC GROSELJ<sup>4</sup>, JASON G. ELLIS<sup>5</sup>, COLIN A. ESPIE<sup>6</sup>, DIEGO GARCIA-BORREGUERO<sup>7</sup>, MICHAELA GJERSTAD<sup>8</sup>, MARTA GONÇALVES<sup>9</sup>, ELISABETH HERTENSTEIN<sup>1</sup>, MARKUS JANSSON-FRÖJMARK<sup>10</sup>, POUL J. JENNUM<sup>11</sup>, DAMIEN LEGER<sup>12</sup>, CHRISTOPH NISSEN<sup>1,2,13</sup>, LIBORIO PARRINO<sup>14</sup>, TIINA PAUNIO<sup>15</sup>, DIRK PEVERNAGIE<sup>16</sup>, JOHAN VERBRAECKEN<sup>17</sup>, HANS-GÜNTER WEEB<sup>18</sup>, ADAM WICHNIAK<sup>19</sup>, IRINA ZAVALKO<sup>20</sup>, ERNA S. ARNARDOTTIR<sup>21,1</sup>, OANA-CLAUDIA DELEANU<sup>22,1</sup>, BARBARA STRAZISAR<sup>23,1</sup>, MARIELLE ZOETMULDER<sup>24,1</sup> and KAI SPIEGELHALDER<sup>1</sup>

# Efficace dans l'insomnie sans comorbidité

TCC-I ET INSOMNIE :  
15 MÉTA-ANALYSES.

INSOMNIES SANS  
COMORBIDITÉ

Murtagh and Greenwood (1995)	Insomnia	66/2007	CBT-I and single components	SOL, NOA, TST, SQ	a) Good effects of CBT-I on all parameters b) Good follow-up results
Pallesen et al. (1998)	Insomnia, age >50 years	13/368	CBT-I and single components	SOL, NOA, WASO, TST	a) Good effects of CBT-I on all parameters b) Good follow-up results
Montgomery and Dennis (2004)	Primary insomnia, age >60 years	7/322	CBT-I, bright light and physical exercise	SOL, TST, SE, WASO	a) Good effects of CBT-I on sleep maintenance b) Almost no effects of bright light and physical exercise
Irwin et al. (2006)	Insomnia, age >55 years versus younger patients	23/NA	CBT-I and single components	SQ, SOL, TST, SE, WASO	Medium to strong effects in older patients
Belleville et al. (2011)	Insomnia with/without co-morbid anxiety	50/2690	CBT-I	Anxiety scales	Moderate effects on anxiety
Okajima et al. (2011)	Primary insomnia	14/927	CBT-I	SOL, WASO, EMA, SE, PSG, ACT	a) Good effects of CBT-I on all parameters b) Good follow-up results
Miller et al. (2014)	Primary insomnia	4/192	Sleep restriction therapy	SOL, WASO, TST, NOA, SE, SQ	Sleep restriction alone is effective
Koffel et al. (2015)	Insomnia	8/659	Group CBT-I	SOL, WASO, SE, SQ, TST, pain, depression	Group CBT-I is effective
Trauer et al. (2015)	Chronic insomnia	20/1182	CBT-I	SOL, WASO, TST, SE	Clinically relevant efficacy without undesired side-effects

# Et aussi dans l'insomnie avec comorbidité(s)

TCC-I ET INSOMNIE :  
15 MÉTA-ANALYSES.

INSOMNIES AVEC  
COMORBIDITÉ

Feiger-Brown et al. (2015)	Co-morbid insomnia (somatic/mental)	23/1379	CBT-I	SOL, WASO, TST, SE, ISI, PSQI	Good efficacy; long-term effects at 18 months
Wu et al. (2015a)	Co-morbid insomnia (somatic/mental)	37/2189	CBT-I	SOL, WASO, SQ, TST, remission, co-morbid symptoms	Good efficacy; smaller effects on co-morbid symptoms; better effects for mental outcomes
Ho et al. (2016)	Insomnia + PTSD	11/593	CBT-I	SOL, WASO, SE, TST, PTSD symptoms	Good sleep effects, good effects on PTSD symptoms
Johnson et al. (2016)	Insomnia + cancer	8/752	CBT-I	SE, WASO, ISI, cancer symptoms	Good sleep effects, good effects on cancer symptoms
Tang et al. (2015)	Insomnia + pain	11/1066	CBT-I	SQ, fatigue, pain	Good sleep effects, good effects on co-morbid symptoms



# Psychoéducation/ Education au sommeil

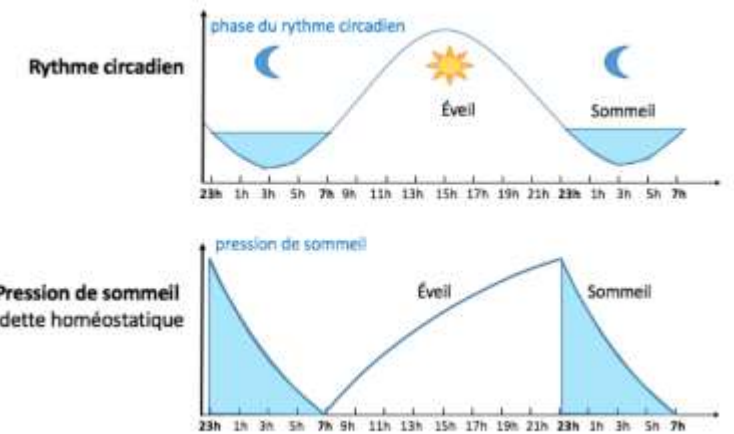
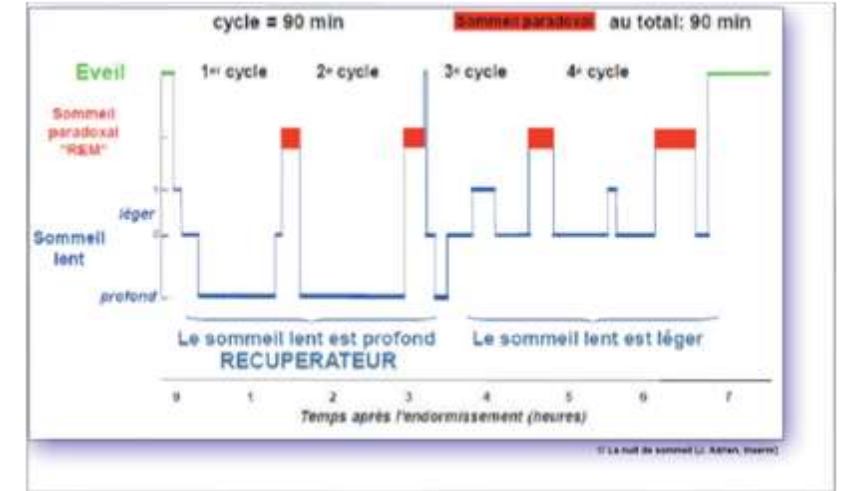
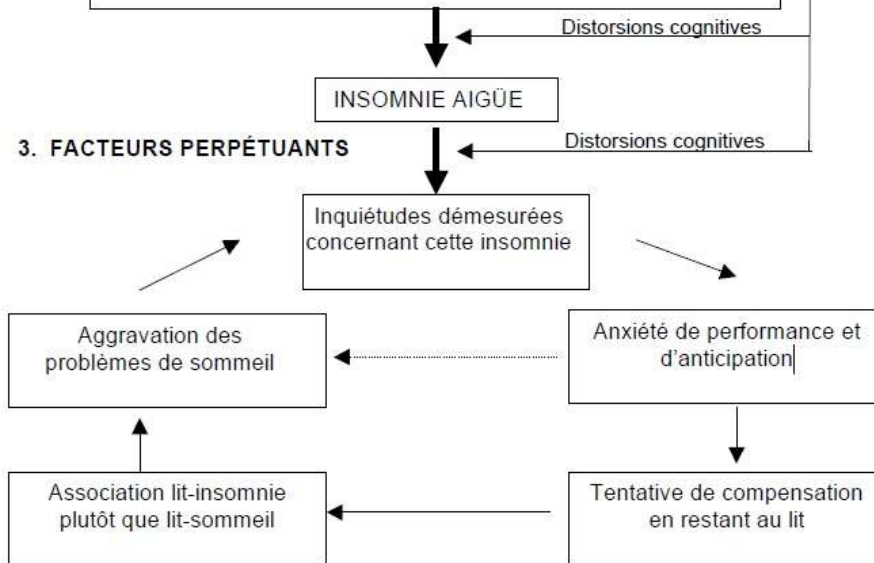
## MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

### 1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Tendance à l'hypervigilance
- «Terrain anxiodépressif», Psychopathologie
- Surestimation de l'importance du sommeil et autres croyances erronées concernant le sommeil

### 2. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Événements stressants
- Épisode dépressif majeur, Trouble d'adaptation...
- Condition médicale



# TCCi: Le contrôle du stimulus

Ne se coucher que lorsqu'on se sent somnolent (distinction fatigue-somnolence à expliquer)

Le lit n'est utilisé que « pour dormir »: renforcement de l'association lit-sommeil (seule exception: activité sexuelle)

Si pas d'endormissement au bout d'une période jugée longue (dans les 20-30min): se lever, aller dans une autre pièce, activité peu éveillante et agréable pour la personne (lecture par exemple)

Répéter autant que nécessaire

Se lever tous les jours à la même heure

Pas de sieste en journée



# TCCi: Restriction du temps passé au lit

**Agenda de sommeil** pour évaluation initiale, puis outil de travail à utiliser à chaque rdv

**Objectif: améliorer l'efficacité de sommeil** (temps de sommeil/temps passé au lit)

## **Consignes:**

- heure de coucher régulière
- retarder l'heure de coucher
- Pas de sieste diurne
- Conserver un temps passé au lit de **5h**



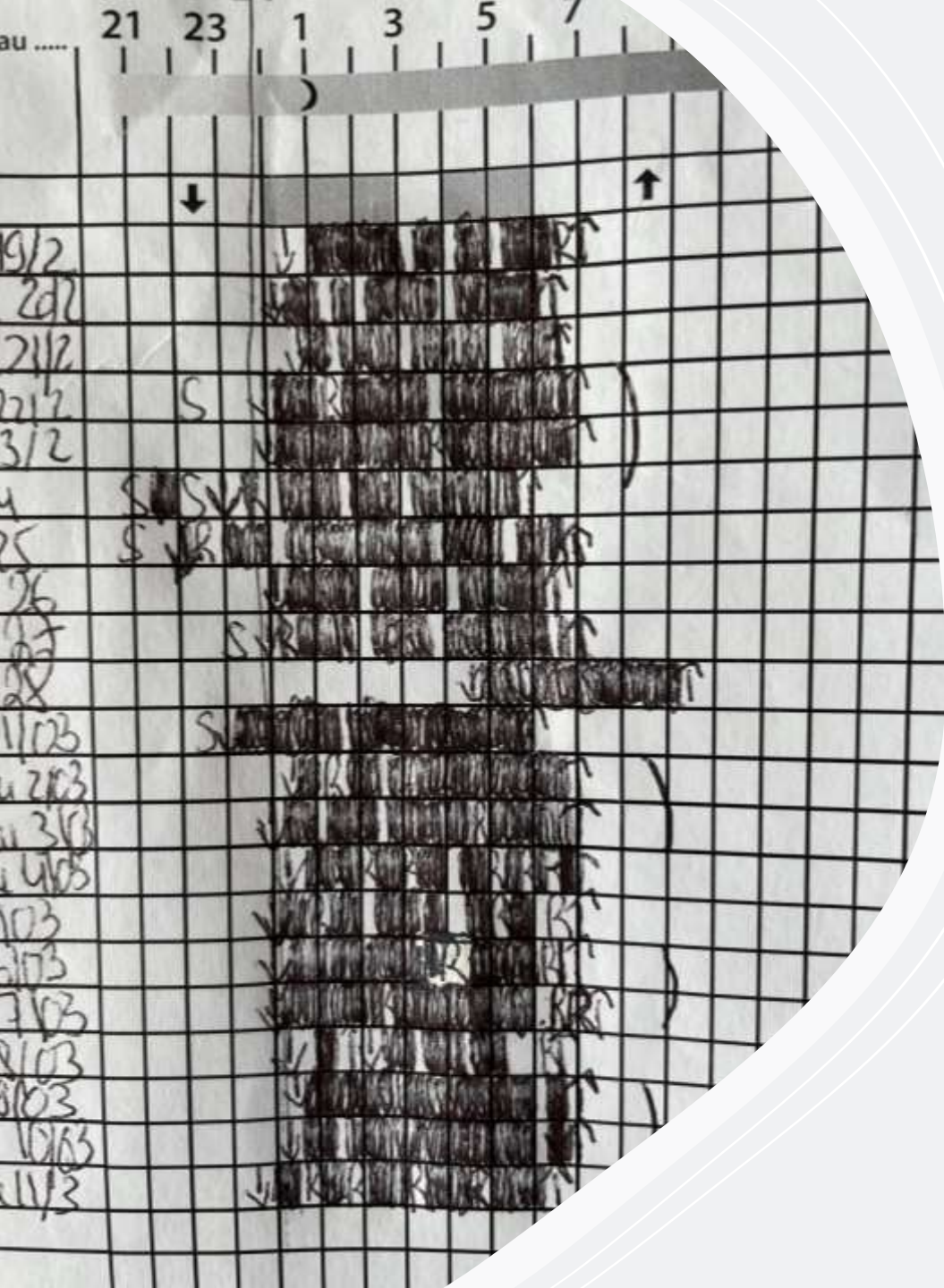
AIR +

AGENDA

DATE	HEURES										
	20	22	24	2	4	6	8	10			
t du .... au .....	21	23	1	3	5	7	9	11			
EMPLI	↓							↑		S	
au 02/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 6/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 7/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 8/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 9/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 10/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 11/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 12/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 13/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 14/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 15/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 16/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 17/02	S	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
au 18/02		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

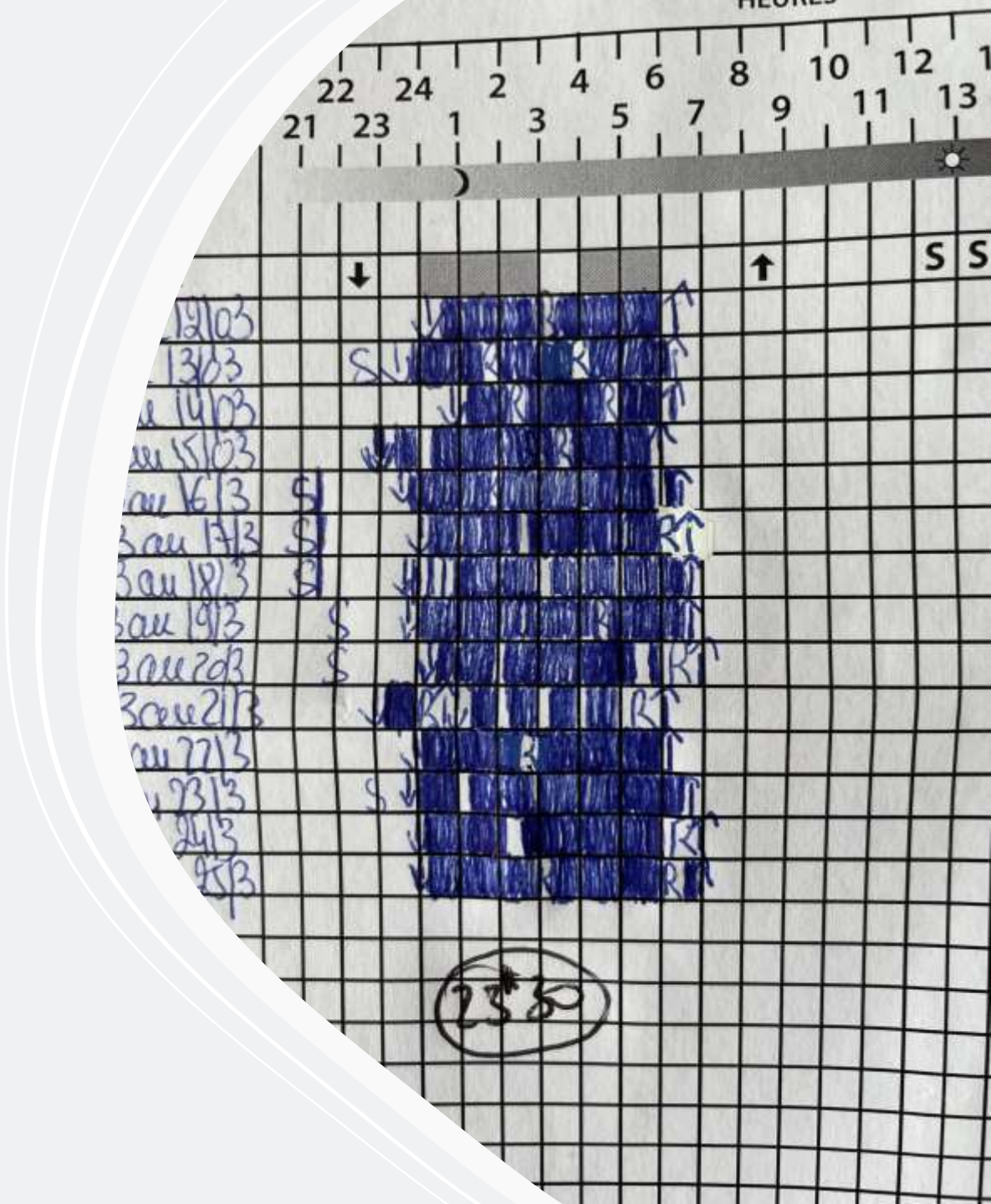
Agenda 2)





**Agenda 3)**

**Agenda 4)**





POLE NEURO TETE ET COU

SERVICE DE NEUROLOGIE

Centre de Médecine et de Recherche sur le Sommeil

Chefs de Service :

Pr François CHABOT  
(Département Pneumologie)  
Pr Marc DEBOUVERIE  
(Service de Neurologie)

Pneumologues :

Pr Ari CHAOUAT  
a.chaouat@chru-nancy.fr  
Dr Laure-Aléa ESSARI  
L.ESSARI@chru-nancy.fr  
Dr Emmanuel GOMEZ  
e.gomez@chru-nancy.fr  
Dr Julien SOLER  
j.soler@chru-nancy.fr

Neurologues :

Dr Olivier ARON  
o.aron@chru-nancy.fr  
Dr Nicolas CARPENTIER  
n.carpentier@chru-nancy.fr  
Dr Mickaël FERRAND  
m.ferrand@chru-nancy.fr  
Dr Jean-Luc SCHAFF  
jl.schaff@chru-nancy.fr

Psychiatre :

Dr Loïc FLORION  
l.florion@chru-nancy.fr

Cadre de Santé :

Amélie HOCHU  
a.hochu@chru-nancy.fr

Equipe Soignante :

Sophie BONNE  
Fabrice CHARLES  
Lauriane DESSAUX  
Nathalie GERSET  
Manon GONTIER  
Patricia KLEITZ  
Sophie KOWALCZYK  
Séverine LUSPOT  
Véronique MARTIN  
Viviane NOUGAREDE  
Aude PILLOT  
Viviane SELLIER  
Coraline STEGEMANN  
Lucia THONNEY

Prises RDV de consultation

(secrétariat) :

Tél : 03 83 85 23 77

Programmation d'examens du sommeil (équipe OPP) :

Tél : 03 83 85 19 09

ide.parcours.neurosciences@chru-nancy.fr

Hospitalisation (Neurologie 3<sup>ème</sup> secteur A)

Tél : 03 83 85 25 19

## Prise en charge de l'insomnie chronique :

### Ordonnance comportementale

HEURE DE COUCHER :

HEURE DE LEVER :

Objectif : efficacité de sommeil de 85% (renseigner l'agenda du sommeil)

**TOUS LES JOURS, WE et jours fériés inclus**

**N'allez au lit que lorsque vous vous sentez somnolent**

**Le lit et la chambre sont réservés au sommeil**

En cas d'éveil nocturne :

- Ne pas rester au lit plus de 20 minutes
- Se lever et pratiquer une activité peu éveillante et agréable (lecture par exemple)
- Se coucher lorsque la somnolence réapparaît
- Eviter les siestes prolongées en journée (une sieste de 20 min maximum)

Réévaluez la situation régulièrement avec votre médecin

**Ordonnances comportementales**

# TCCi: thérapie cognitive

Identification de pensées  
dysfonctionnelles

- Questionnaire de Morin++

Attentes irréalistes

Biais cognitifs: attributions erronées,  
généralisation, inférences arbitraires,  
souvenirs sélectifs

Ruminations++, angoisses du  
coucher, anxiété de performance





## Croyances et attitudes concernant le sommeil (CAS)

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

### CROYANCES ET ATTITUDES CONCERNANT LE SOMMEIL (CAS)

Les énoncés ci-dessous reflètent les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil. Veuillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes personnellement en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour chaque phrase, encerclez le chiffre correspondant à votre estimation personnelle. Essayez d'utiliser l'échelle entière plutôt que d'utiliser uniquement ses extrémités. SVP, veuillez répondre à toutes les questions même si vous n'avez pas de difficulté de sommeil.

Veuillez vous référer à l'échelle ci-dessous :

<< + FORTEMENT EN DÉSACCORD

FORTEMENT EN ACCORD + >>

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et pour bien fonctionner pendant la journée.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Lorsque je ne dors pas suffisamment durant la nuit, j'ai besoin de récupérer le jour suivant en faisant une sieste, ou la nuit suivante, en dormant plus longtemps.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Parce que je vieillis, j'ai besoin de moins de sommeil.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Je m'inquiète lorsque je passe une nuit ou deux sans dormir. Je pourrais faire une crise de nerfs.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. En passant plus de temps au lit, je dors habituellement plus longtemps et je me sens mieux le lendemain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Lorsque j'ai de la difficulté à m'endormir ou à me rendormir après un réveil nocturne, je devrais rester au lit et essayer davantage.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



### **Si je ne dors pas....**

« JE RESTE AU LIT SANS ALLUMER LA LUMIÈRE, ET J'ESSAIE DE RETROUVER LE SOMMEIL ».

« J'ESSAIE DE ME RENDORMIR ».

« JE ME SUIS TOUT INSTALLÉ À PORTÉE DE MAIN »

« JE LIS, JE MANGE, JE TRAVAILLE... »

*« mission impossible : plus on cherche à dormir, moins on le peut! »*

*Activités incompatibles avec le sommeil*

- « QUAND JE ME METS AU LIT, JE ME DIS QUE JE NE VAIS PAS DORMIR ».
- « J'AI PEUR DE NE PAS DORMIR »
- « JE ME DIS QUE JE NE TIENDRAI PAS DEMAIN ».
- « LA JOURNÉE SERA ÉPOUVANTABLE »

*Anxiété centrée sur le sommeil et le lendemain*

**« JE ME COUCHE TÔT ET CELA NE SERT À RIEN »**

**« JE ME COUCHE À MINUIT AVEC L'ENVIE DE DORMIR ; LE FAIT DE M'ALLONGER ET ...C'EST FINI ».**

**« JE PEUX M'ENDORMIR DANS UN FAUTEUIL, AU THÉÂTRE, AU MILIEU DU BRUIT, MAIS DÈS QUE JE SUIS DANS MON LIT, LA LUMIÈRE ÉTEINTE, JE N'AI PLUS ENVIE DE DORMIR ! C'EST TRÈS AGAÇANT ».**

# Restructuration cognitive:

Modification  
progressive des  
croyances et de  
certaines attentes

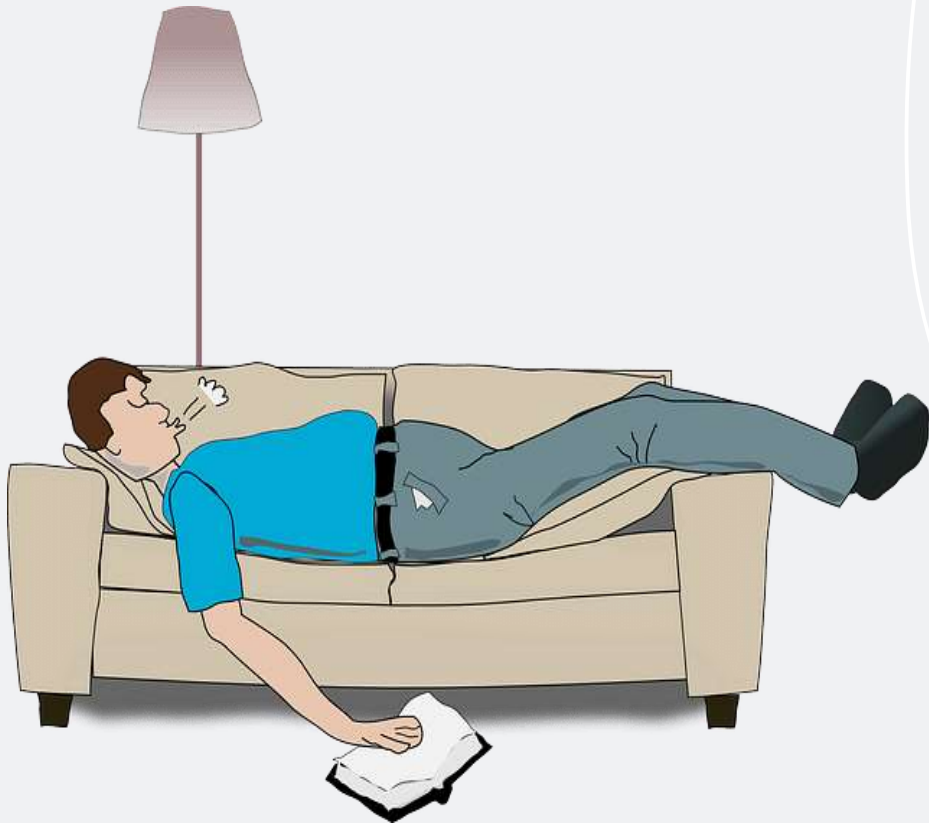
Réattribution des  
causes et des  
conséquences d'une  
mauvaise nuit

Dédramatisation

Amener le patient à  
identifier des  
paradoxes, **ne pas**  
**aller à la**  
**confrontation directe**

**EMPATHIE**

# Points clefs



\*Hygiène du sommeil: en première intention, étudier les habitudes du patient  
\*PEC médicamenteuse:

si hypnotique, prescription rigoureuse++

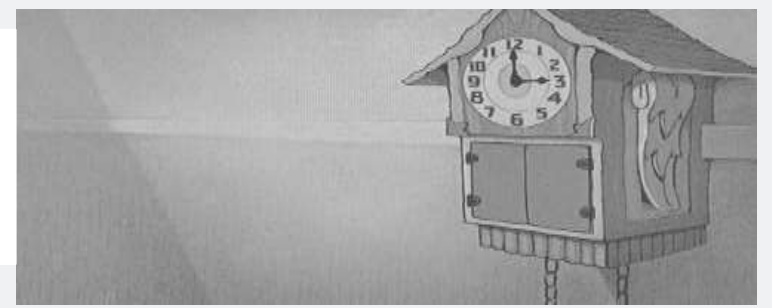
Mesures chronothérapeutiques

Si insuffisant: ré-adresser le patient

\*TCC: le plus efficace dans l'insomnie chronique, isolée ou comorbide

\***si troubles psychiques: il faut une PEC adaptée et efficace du trouble comorbide**

# Les troubles du rythme circadien



## Critères généraux

**Altération du sommeil persistante lié à :**

- *une altération du système circadien*
- *Une mauvaise relation de phase entre rythme endogène et synchroniseurs externes*

**Associée à une insomnie et/ou une somnolence**

**Répercussion sur la vie quotidienne, sociale**

# Les troubles du rythme circadien

## Syndrome de retard de phase

Adolescent : fréquent et physiologique

Difficultés d'endormissement et de réveil aux horaires conventionnels, endormissement entre 01 et 6H

Coucher plus tardif, somnolence matinale (en cours)

**Durée et qualité de sommeil normales si on leur laisse les horaires libres (vacances, WE)**

**Accentué par :**

- *écrans et réseaux sociaux+++*
- *harcèlement scolaire, épisode dépressif: retentissement négatif*

Syndrome d'avance de phase: plus rare, plus fréquent chez la PA

SDE fin AM, insomnie matinale, coucher 18/21h, lever 2/5H

Libre cours (aveugles)

Rythmes veille sommeil irréguliers, travail posté, jet lag (E-W: RPH, w-E: avph)





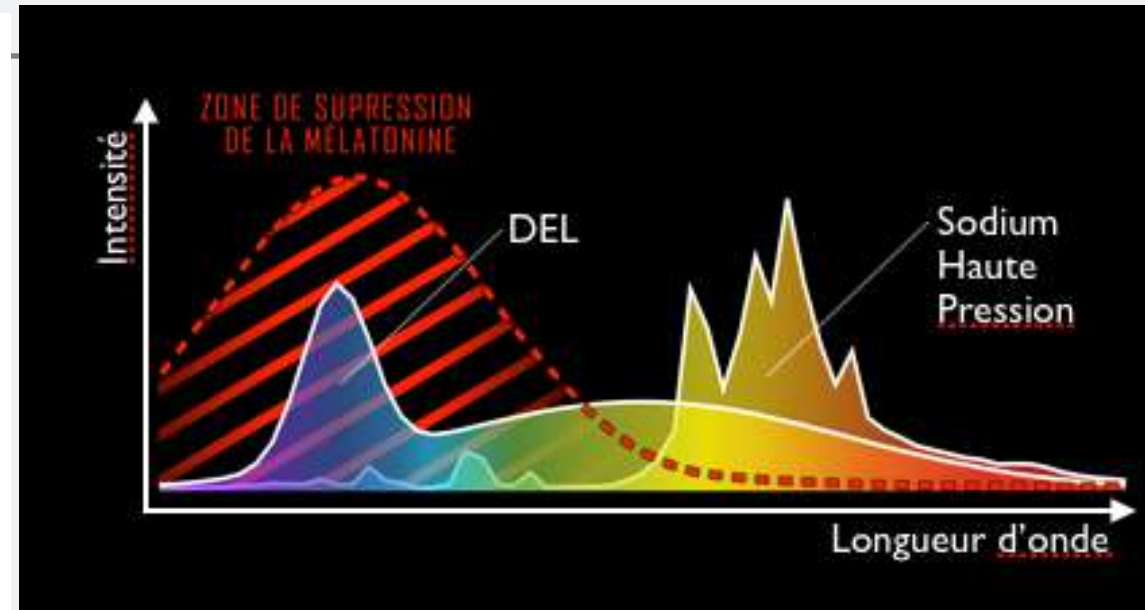
# Influence des nouvelles technologies

**Avant:** lumière jaune produite par les ampoules à filament

**Maintenant:** lumière bleue plus active pour bloquer la mélatonine (cf ciel bleu le jour)

LED, écrans plats (TV, ordinateur, smartphone) = lumière bleue

Le soir, la lumière bleue décale la sécrétion de mélatonine et donc l'endormissement et la phase de sommeil.



**Eteindre les écrans 1h AVANT le coucher fait gagner 1h 30 de sommeil.**



# Traitement du retard de phase

-Luminothérapie **le matin** (au lever)

-Filtres lumière bleue **le soir**

-Hygiène de sommeil+++ (écrans)

-Mélatonine : prise **le soir**

LI: « préparation magistrale »

\*effet chronobiologique : 0,5 à 2 mg 4-6h avant coucher

\* effet soporifique:4 à 10 mg au coucher

LP: Circadin®

-**Cas extrêmes: chronothérapie**

retardement de phase progressive sur 7 jours jusqu'à l'horaire souhaité



# Prise en charge de l'avance de phase

-Mesures comportementales

Éviter exposition lumière tôt le matin

Sieste l'après midi (baisser la pression de sommeil)

-Luminothérapie vers 20h

Mélatonine : **pas d'indication**

# Merci de votre attention

---

